|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Наказ Міністерства охорони**  **здоров’я України**  [**14.02.2012  № 110**](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12/paran14#n14)  **(у редакції наказу**  **Міністерства охорони здоров’я**  **України**  [**21.01.2016 № 29**](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0231-16/paran7#n7)**)** | |
|  | **Зареєстровано в Міністерстві**  **юстиції України**  **28 квітня 2012 р.**  **за № 668/20981** |

**ІНСТРУКЦІЯ**  
**щодо заповнення**[**форми первинної облікової документації № 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, № \_\_ »**](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0668-12/paran7#n3)

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, №\_\_\_\_\_» (далі - форма № 066/о).

2. Форма № 066/о складається на підставі форм первинної облікової документації: № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № \_\_\_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі - форма № 003/о), № 003-1/о «Медична карта переривання вагітності № \_\_\_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 24 травня 2013 року № 423, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 червня 2013 року за № 1095/23627 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29) (далі - форма № 003-1/о), № 096/о «Історія вагітності та пологів № \_\_\_» (далі - форма № 096/о), № 097/о «Карта розвитку новонародженого № \_\_\_» (далі - форма № 097/о), затверджених наказом Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29, і є документом, який містить відомості щодо хворого, який вибув із стаціонару (виписаного або померлого).

3. Форма № 066/о заповнюється лікуючим лікарем одночасно із здійсненням запису епікризу у первинній обліковій документації, зазначеній у пункті 2 цієї Інструкції, на всіх пацієнтів, які вибули зі стаціонару (виписаних або померлих).

4. У формі № 066/о обов’язково заповнюється кожний пункт. Винятками є пункт 7 та підпункт 7.1, які заповнюються виключно за згодою пацієнта.

5. У формі № 066/о вказується номер відповідної форми стаціонарного хворого: № 003/о, № 003-1/о, № 096/о, № 097/о (форма відмічається шляхом підкреслення).

6. Пункти 1-11 форми № 066/о заповнюються медичним персоналом приймального відділення одночасно із заповненням форми № 003/о (№ 003-1/о, № 096/о, № 097/о), після чого форма № 066/о додається до однієї із зазначених вище форм і зберігається у відділенні до виписки/смерті пацієнта.

7. У пунктах 1, 2 зазначаються дата та час (години, хвилини) госпіталізації, прізвище, ім’я, по батькові пацієнта.

8. Пункти 3-6 містять інформацію щодо статі пацієнта (чоловіча, жіноча), дати народження (число, місяць, рік), віку (кількість повних років, для дітей: до 1-го року - місяців; до 1-го місяця - днів) та коду країни, громадянином якої є пацієнт (код країни зазначається згідно з[Класифікацією країн світу](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v0426832-13/paran14#n14), затвердженою наказом Державної служби статистики України від 30 грудня 2013 року № 426).

9. У пунктах 8, 9 вказуються постійне місце проживання/перебування пацієнта (місто/село, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира) та поштовий індекс.

10. У пункті 10 зазначаються місце роботи та посада пацієнта (для дітей, учнів, студентів вказується найменування навчального закладу).

11. У пункті 11 зазначаються найменування та код закладу охорони здоров’я, який направив пацієнта на госпіталізацію, відповідно до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України.

12. У пункті 12 зазначаються діагноз при госпіталізації та код захворювання згідно з чинною Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду (далі - МКХ-10).

13. У пунктах 13, 14 вказуються коди відділень закладів охорони здоров’я при госпіталізації та при виписці відповідно до додатка до форми № 066/о.

14. У пункті 15 відмічається вид госпіталізації: ургентна - 1; планова - 2.

15. У пункті 16 зазначається строк госпіталізації (до 6 годин; 7-24 години; більше 24 годин).

16. У пункті 17 зазначається госпіталізація з приводу цього захворювання в цьому році: вперше - 1; повторно - 2.

У підпункті 17.1 відмічається повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів після виписки.

17. У пункті 18 зазначається результат медичного лікування пацієнта: виписаний(а) з: одужанням - 1; поліпшенням - 2; погіршенням - 3; без змін - 4; помер(ла) - 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров’я - 6; здоровий(а) - 7.

18. У пункті 19 зазначаються дата (число, місяць, рік) та час (година) виписки/смерті пацієнта.

19. У пункті 20 вказується кількість проведених пацієнтом у закладі охорони здоров’я ліжко-днів (день госпіталізації і день виписки/смерті рахуються як один день).

20. Пункт 21 містить інформацію щодо заключного клінічного діагнозу хворого при виписці/смерті (у випадку травми зазначається її вид: виробнича - 1; невиробнича - 2). За наявності у пацієнта ускладнень основного діагнозу або супутніх захворювань, які відображені у формах № 003/о, № 003-1/о, № 096/о, № 097/о, лікуючий лікар зазначає їх після основного діагнозу (ускладнення основного діагнозу - 1; супутні захворювання - 2) та проставляє відповідні коди згідно з МКХ-10.

21. За наявності у пацієнта побічної дії лікарського засобу лікар зазначає прояв побічної дії як основний діагноз або ускладнення основного діагнозу чи супутнє захворювання. У такому випадку проводиться подвійне кодування цього пункту згідно з МКХ-10: кодуються основний діагноз та ускладнення: діапазон рубрик А00-R95, T80.5.6, Т88.2, Т88.6 та інших, у тому числі рубрик Y40-Y59.

22. У підпункті 21.1 за наявності у хворого діагнозу активної форми туберкульозу (А15-А19, В90) необхідно зазначити відповідну категорію резистентності. Цей підпункт є обов’язковим для протитуберкульозних закладів охорони здоров’я.

23. У підпункті 22.1 лікар-патологоанатом заповнює патологоанатомічний діагноз, який складається із основного діагнозу, ускладнень та супутніх захворювань, і проставляє коди згідно з МКХ-10.

У підпункті 22.2 здійснюється запис згідно з пунктом 11 [форми первинної облікової документації № 106/о](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1152-06" \t "_blank) «Лікарське свідоцтво про смерть № \_\_\_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров’я України від 08 серпня 2006 року [№ 545](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1150-06), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 25 жовтня 2006 року за № 1150/13024, у якому зазначаються патологічні стани, що призвели до безпосередньої причини смерті (І частина), та інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові) (ІІ частина), які сприяли смерті, але не пов’язані з безпосередньою причиною смерті (вказуються дати інсультів, інфарктів, оперативних утручань).

24. У пункті 23, якщо пацієнту проводились медичні процедури чи хірургічні операції, вказуються дата (число, місяць, рік), тривалість проведення (кількість годин, хвилин), код і назва процедури/хірургічної операції згідно з [Тимчасовим галузевим класифікатором оперативних утручань](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/v0067282-07" \t "_blank), затвердженим наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2007 року № 67, прізвище, ім’я, по батькові спеціаліста, який проводив медичну процедуру/хірургічну операцію, його реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті) (далі - реєстраційний номер), вид анестезії (відсутня - 1; місцева - 2; загальна - 3; інша - 4), прізвище, ім’я, по батькові та реєстраційний номер анестезіолога, ускладнення, якщо такі мали місце (код згідно з МКХ-10).

25. У пунктах 24-27 зазначаються дата (число, місяць, рік) та дані про обстеження, які були проведені під час лікування пацієнта в цьому закладі охорони здоров’я (обстеження на RV, онкологічний профілактичний огляд, обстеження на ВІЛ-інфекцію, обстеження органів грудної порожнини).

26. У пункті 28 зазначаються відомості про статус пацієнта (інвалід війни - 1; учасник війни - 2; учасник бойових дій - 3; особа, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи - 4; інша пільгова категорія - 5 (вказати яка), номер та серія посвідчення).

27. У формі № 066/о обов’язково вказуються прізвище, ім’я, по батькові, підпис, реєстраційний номер лікуючого лікаря та дата (число, місяць, рік) заповнення.

28. У разі ведення форми № 066/о в електронному форматі вона має містити всю інформацію, зазначену у паперовій формі.

29. Форма № 066/о є дійсною як в електронному, так і в паперовому вигляді.

30. Строк зберігання форми № 066/о - 5 років.

|  |  |
| --- | --- |
| **Директор Департаменту**  **лікувально-профілактичної**  **допомоги** | **М.К. Хобзей** |